

Diálogos transnacionales entre los saberes técnicos e institucionales en la legislación sobre accidentes de trabajo, primera mitad del siglo XX*

Transnational dialogues between specialist and institutional knowledge in occupational accident legislation, first half of the twentieth century

Karina Inés Ramacciotti

Investigadora, Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género/
Facultad de Filosofía y Letras/Universidad de Buenos Aires;
investigadora, Consejo Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas (CONICET).
Laprida 924, A, 4
1187 – Ciudad Autónoma de Buenos Aires – Argentina
karinaramacciotti@gmail.com

Recebido para publicação em janeiro de 2013.

Aprovado para publicação em janeiro de 2014.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702015000100012>

RAMACCIOTTI, Karina Inés. Diálogos transnacionales entre los saberes técnicos e institucionales en la legislación sobre accidentes de trabajo, primera mitad del siglo XX. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, v.22, n.1, jan.-mar. 2015, p.201-219.

Resumen

A partir del siglo XX, se inició en la Argentina la legislación protectora del trabajo. La ley n.9.688 legisló sobre accidentes de trabajo (1915) y otorgó jurisdicción legal a los problemas relativos al trabajo. La sanción de este corpus estuvo en diálogo con las propuestas que se producían en otras latitudes. Los vínculos que se establecieron entre los referentes locales y sus colegas son de utilidad para abordar el estudio de circulación, recepción y legitimación de los saberes dentro de una escala regional. Así pues, el objetivo de este trabajo es revisar las referencias transnacionales en las discusiones locales sobre los accidentes laborales en Perú y Chile durante la primera mitad del siglo XX.

Palabras clave: accidentes de trabajo; políticas sociales; circulación de saberes; intercambios regionales.

Abstract

In the early twentieth century, Argentina began legislating occupational safety. Law n.9.688 legislated accidents in the workplace (1915) and granted legal jurisdiction to work-related problems. The approval of this legislation was in dialogue with proposals being produced in other regions. The links established between local figures and colleagues elsewhere are useful for examining the circulation, reception and legitimation of knowledge on a regional scale. The objective of this article is to examine the transnational references in local discussions about occupational accidents in Peru and Chile during the first half of the twentieth century.

Keywords: occupational accidents; social policies; circulation of knowledge; regional exchanges.

A partir del siglo XX, se inició en la Argentina la legislación protectora del trabajo que, a su vez, se hacía eco de las preocupaciones provenientes de los grupos gobernantes, intelectuales y políticos y de los reclamos del mundo laboral. La ley n.9.688 que legisló sobre accidentes de trabajo, sancionada en el año 1915, es un exponente de este interés y de la intención – por lo menos en términos retóricos – de otorgar jurisdicción legal propia a los problemas relativos al trabajo. Así pues, la preocupación por parte del Estado en relación con los problemas derivados de la siniestralidad laboral condujo a una importante actividad legislativa que se extendió a lo largo de la primera mitad del siglo XX y que brindó un respaldo normativo a una práctica, la del seguro contra accidentes de trabajo, que ya se venía extendiendo. El corpus legislativo tenía como trasfondo ideológico el reconocimiento de que el salario no alcanzaba para lograr una previsión individual ante el infortunio y que, por lo tanto, era la previsión social, compuesta por el aporte de las partes involucradas, la que permitiría conformar un fondo para hacer frente al riesgo y cubrir financieramente los posibles siniestros. Si bien esta legislación representó una sensible mejora para las condiciones de trabajo, su impacto minimizó las responsabilidades empresarias, ya que para amparar su patrimonio, indujo a los trabajadores a tomar un seguro por accidentes de trabajo y como consecuencia inauguraron muchas líneas de discusión sobre leyes de trabajo.

La sanción de este corpus legal estuvo en diálogo con las propuestas que se producían en otras latitudes. Los vínculos que se establecieron entre los referentes locales del tema y sus colegas de otros países brindaron un panorama muy rico para abordar el proceso de circulación, recepción y legitimación de los saberes. En este sentido, las recomendaciones de los organismos internacionales, los congresos científicos, las referencias parlamentarias y las “misiones” de funcionarios y técnicos dan cuenta de un mapa de relaciones entre las agencias nacionales y las internacionales que merece ser explorado. Revisar este aspecto nos permitirá analizar la interacción entre lo local y lo global en América Latina desde una escala de observación que si bien iluminará ciertos aspectos dejará en sombras otros; pero se intentará, mediante esta revisión, reconstruir la trama transnacional que subyace a la conformación de las políticas sociales.

Así pues, el objetivo de este trabajo es revisar las referencias transnacionales en las discusiones locales sobre los accidentes laborales durante la primera mitad del siglo XX. En efecto, un conjunto de investigaciones clásicas se han enfocado en la revisión de las relaciones entre la política social Argentina y las experiencias que se produjeron en Alemania, Francia, EEUU e Inglaterra. En particular, fueron habituales las referencias a Suiza, Bélgica, Alemania y Francia sobre las leyes de accidentes de trabajo y se remitía a argumentos foráneos para justificar la necesidad de que los trabajadores fueran indemnizados por los daños sufridos al trabajar por cuenta ajena.¹ La influencia de la codificación social europea sobre el contexto latinoamericano ha sido calificada como acentuada y signada por el “espíritu de imitación”. Por tal motivo, se consideró como “exótica” la legislación social sancionada, alejada de las realidades y problemáticas locales (para un ejemplo de esta postura, véase Cano, ene. 1942, p.61). Sobre los accidentes de trabajo en particular, el doctor Juan Biale Massé (1985, p.608) sostuvo que las leyes extranjeras respectivas a este tema eran perjudiciales a los obreros y contrarias a la justicia, motivo por el cual sugirió que las lesiones laborales siguieran siendo

resguardadas por el Código Civil. El médico catalán señaló además que, según su opinión, no era necesario constituir una legislación específica sobre accidentes laborales.

Sin lugar a dudas, el flujo de ideas, primero con Europa y luego con EEUU, Australia y Nueva Zelanda fue constante. No obstante, en la literatura de época es marcada también la presencia de un diálogo en el interior del contexto latinoamericano. En la historiografía sobre la historia de las políticas sociales este punto está ausente y, revisando las fuentes primarias, las referencias y los flujos de circulación de personas e ideas con los países limítrofes fue muy frecuente. Por tal motivo, nuestro interés es revisar cómo las experiencias de Perú y Chile aparecieron en las discusiones locales sobre los accidentes de trabajo (Poblete Troncoso, 1942, p.11). Aunque si bien en estos países – vistos desde la orilla argentina como vanguardistas respecto de esta temática – también se retomaban discusiones e ideas de otras partes del mundo, nos parece interesante examinar cómo en el ámbito local se buscaban instancias de consagración y legitimación provenientes del contexto latinoamericano y se impulsaban misiones de estudio con el objetivo de investigar los sistemas de seguridad social de los países cercanos. En este sentido retomamos la recomendación del historiador francés Henri Pirenne cuando sostiene que circunscribir la historia dentro de los límites nacionales conduce a un relato cargado de parcialidades y de prejuicios. Poner el foco en las referencias de las discusiones argentinas sobre la legislación de accidentes de trabajo en Chile y Perú es una invitación a salir del corset que nos impone el relato nacional y pensar en los cruces de ideas y de personas que no están solamente ligados a la historia política en clave nacional. Complementariamente, visitar otras experiencias permite complejizar la percepción de lo nacional en lugar de reemplazarlo.

Este trabajo dialoga, por un lado, con los estudios de corte sociológico que brindaron una comprensión de los sistemas de seguridad social que se gestaron en otros países de América Latina. Así, la investigación de Carmelo Mesa Lago (1993) vinculó el surgimiento de los regímenes de seguridad social con explicaciones de índole económica, asociadas al incremento de la productividad, a la necesidad de capacitar la mano de obra y de fortalecer el mercado interno. También incorporó factores de tipo político, como por ejemplo, la presión ejercida por determinados grupos para obtener concesiones del Estado. Así pues, los casos de Argentina, Uruguay, Brasil y Chile han sido nominados como los “pioneros”, ya que fue en estos países, durante la primera mitad del siglo XX, donde por primera vez, en Latinoamérica, se dictó una legislación vinculada con los accidentes de trabajo. Estas catalogaciones, si bien sirven para ordenar y comparar las diferentes realidades nacionales, dificultan captar las distancias entre la sanción de dichos marcos normativos y su puesta en práctica. Tampoco permiten visualizar los diálogos existentes entre dichas realidades y los actores que armaron redes de relaciones en un contexto transnacional (Mesa Lago, 1993; Fleury, 2000).

Por otro lado, dialogamos aquí con la historiografía sobre la política social, la cual remite a dos tipos de explicaciones. En primer lugar aparecen aquellos trabajos que estudian cómo las demandas del movimiento obrero y sus luchas fueron planteando la agenda de la incipiente política social a principios del siglo XX. En segundo lugar se encuentran las investigaciones que abordaron el surgimiento de la política social como parte de las teorías del reformismo social que apostaban por una incipiente regulación del sistema de producción industrial

y lo consideraban un vehículo para limitar los conflictos sociales y lograr la integración social mediante instituciones de asistencia social y sanitaria (Zimmermann, 1995; Palermo, 2004, p.31-52; Suriano, 2004, p.45). Dentro de esta última perspectiva, un trabajo reciente de Mariano Plotkin y Eduardo Zimmermann (2012, p.19-20) sostiene que la codificación argentina estuvo influenciada por los modelos extranjeros, pero que existió una diferencia entre lo que se “decía” en su idea original y lo que se aplicaba en la realidad argentina. Esa distancia dio lugar a formas institucionales híbridas, nunca idénticas a los modelos extranjeros, pero estos últimos eran útiles para brindar legitimidad. Esta última mirada se remite a cómo el contexto internacional – y más precisamente el europeo – inspiró y legitimó las ideas esbozadas en los marcos legislativos e institucionales locales.

Nuestro interés en este artículo es incorporar otra variable: cómo el flujo transnacional de ideas y personas influyó en las agendas políticas para poner en marcha los mecanismos en pos de que los riesgos del trabajo pudieran ser amparados por lógicas no liberadas a las fuerzas del libre juego del mercado. Es habitual incorporar la variable de las relaciones internacionales para el estudio de las políticas sociales en la segunda mitad del siglo XX. El peso y el reforzamiento del rol de los organismos internacionales y sus elites técnicas conformaron un corpus de conocimientos técnicos y una cierta cosmovisión de las realidades locales que les permitió con mayor facilidad entablar vinculaciones técnicas y políticas en pos de influenciar en la delimitación de las políticas nacionales (Cueto, Brown, Fee, jun.-dic. 2011, p.129-156; Plotkin, Zimmermann, p.19-20, 2012). Pero son escasos los estudios que rastrean estos vínculos para la primera mitad del siglo XX y que logran visibilizar a quienes pudieron haber actuado como actores políticos y técnicos que brindaron legitimidad a las políticas sociales locales articulando sus ideas con las surgidas en otros contextos. En este último sentido, y para el estudio de las ideas higienistas, fueron Ricardo González Leandri (1999) y Diego Armus (2000, p.518) quienes advirtieron acerca de la importancia de las conferencias y congresos científicos como espacios en los cuales los representantes argentinos, entre 1852 y 1912, no sólo debatieron con sus pares extranjeros las nuevas ideas, sino que aceptaron los contactos con el mundo científico internacional.

Este artículo brindará un análisis y un diagnóstico sobre las distancias y las cercanías existentes entre las experiencias locales de legislación de accidentes de trabajo con las de los países escogidos (Chile y Perú), en función de armar un mapa de relaciones e influjos tanto de actores como de temas que se constituya en un punto de partida para futuras investigaciones. La elección de estos países latinoamericanos remite a que fueron los que aparecieron en las discusiones locales sobre los accidentes de trabajo durante la primera mitad del siglo XX. Retomando a Jeremy Adelman (2005, p.153), no pretendemos brindar una visión del mundo conformada por piezas cuidadosamente encajadas. Lejos de ser narrativas claras sobre la amalgama mundial y la asimilación cultural, las historias globales pueden mostrar las formas por las cuales la interacción crea nuevas separaciones en la misma medida que produce convergencias. En tal sentido, este trabajo intentará revisar las convergencias y las separaciones entre la legislación argentina de accidentes de trabajo respecto de las sancionadas en Chile y Perú ya que durante la primera mitad del siglo XX fueron nutridas las relaciones de ideas y de funcionarios.

La previsión frente a los accidentes de trabajo

El derrotero de la sanción e implementación de Ley de Accidentes de Trabajo (1915) en la Argentina nos permitió revisar los cambios y/o las continuidades que se introdujeron en las discusiones técnicas en torno a los cuidados de la salud laboral. Así pues, las publicaciones médicas y los informes realizados por médicos y juristas que formaban parte del Departamento Nacional de Higiene (1871) y del Departamento Nacional del Trabajo (1907) – ambos integrantes del Ministerio del Interior hasta la llegada del peronismo (1946) – constituyeron una fuente insoslayable para este trabajo. En estos meticulosos registros oficiales se describía el estado social y sanitario de los trabajadores, y por medio de ellos se buscaba crear las condiciones para que el Estado interviniera en las relaciones laborales en pos de mitigar las consecuencias sociales y políticas del conflicto social. En forma paralela, estas voces técnicas intentaban, con estas sugerencias y descripciones detalladas, mantener, reforzar y legitimar sus inserciones profesionales en las reparticiones estatales (Ramacciotti, 2011, 2014).

Esta investigación también puso en evidencia el peso de las discusiones transnacionales en la legislación local. En la primera mitad del siglo XX existieron referencias de las legislaciones sobre accidentes de trabajo en Perú (1911) y en Chile (1916). Por tal motivo, a continuación revisaremos los aspectos que generaron mayores puntos de intercambio entre los países mencionados: cómo definir a los accidentes de trabajo y cuáles serían los accidentes no indemnizables, qué forma adoptaría la asistencia médica y cómo se establecería la indemnización.

Accidentes de trabajo

En la Argentina y en Perú existió un consenso en cuanto reconocer el criterio de riesgo profesional en los marcos legislativos y, en virtud de dicho riesgo, el empleador debía remediar la desgracia. Es decir, el obrero ya no tendría que demostrar la culpa del patrón, sino que era éste quien debía probar la negligencia grave o la culpa del obrero si no deseaba resarcirlo.

La legislación argentina sobre accidentes laborales tuvo similitudes con la ley n.4.055 de Accidentes de Trabajo sancionada en Chile (1916) en cuanto que en ambas se pretendió avanzar respecto de una definición de accidente de trabajo y en las dos se los definió como aquellas lesiones ocasionadas, ya fuera por razones fortuitas o por fuerza mayor, con el hecho de prestar servicios laborales (Unsain, 1917, p.25-77).

En Chile, si bien se avanzó en la definición de qué es un accidente de trabajo, primó la idea de culpa patronal que debía ser demostrada por el obrero, lo que llevaba, en la práctica, a que pocos casos fueran resarcidos (Grez Toso, 2001, 2002; Hutchison, 2001; Yañez, 2008; Ortúzar, 17 oct. 2013). Con diferencia a la legislación sancionada en Perú (ley n.1.378), allí no se intentó avanzar en una definición sobre accidente de trabajo. De manera indirecta, se remitía a la responsabilidad del empresario por los accidentes que les ocurrían a sus obreros y empleados en el hecho del trabajo o en su ocasión directa (Unsain, 1917, p.26). La cuestión de cómo definir el accidente laboral no fue un tema menor, ya que, a partir de dicha enunciación, los trabajadores tuvieron más herramientas para solicitar la indemnización y los patrones, menos artilugios para evitar sus obligaciones. La claridad en torno a la definición apuntaba a reconocer legalmente que la acción de trabajar para otra persona implicaba riesgos y que era el empleador el que tenía la obligación de amparar a los trabajadores.

Con el transcurso de los años, más precisamente en 1924, con la reforma realizada en Chile a la ley de accidentes de trabajo impulsada por el doctor González Cortez, a la definición de “accidente de trabajo” se fue incorporando la necesidad de definir “enfermedades profesionales”, es decir, aquellas ocasionadas por los efectos de trabajar bajo sustancias tóxicas o nocivas. Ciertas toxinas, olores, materiales con los que interactuaban diariamente y por un período prolongado de tiempo podrían afectar negativamente el organismo de los obreros e incapacitarlos – momentánea o permanentemente – para continuar realizando la labor (Las enfermedades..., jul.-ago. 1943, p.43). En líneas generales, más allá de las dificultades para precisar médicamente la diferencia legal entre “enfermedad profesional” y “accidente”, se trató de señalar como enfermedades a aquellas que obraban silenciosamente a lo largo del tiempo, a raíz de un estímulo externo al cual se estaba expuesto; mientras que el accidente era considerado como el efecto de una acción súbita y violenta. La teoría planteaba que el patrón debía hacerse responsable de los riesgos que tuvieran como causa los trabajos que dependían de él, independiente de quién fuera el culpable. De esa forma se esperaba terminar con los problemas que acarreaba la demostración de la culpa en la legislación civil y en cambio centrar los procesos judiciales en las compensaciones para las víctimas. Esto significó que los accidentes y las enfermedades derivadas del trabajo fueran agrupadas bajo la misma categoría de riesgos profesionales y en el caso específico de las enfermedades, superar el problema que implicaba demostrar en qué tarea y bajo qué empleador habían sido contraídas.

En esta misma reforma se cambió en Chile la idea de culpa por la de riesgo profesional. Así pues, en los años 1920, los tres países establecieron por reglamentación que los accidentes eran consecuencia natural del trabajo, fuera cual fuese su causa, por lo tanto, la cuestión de la demostración de la culpa dejó de ser central y el patrón debió indemnizar los accidentes, al margen de la demostración por parte de los trabajadores. Se supone que eso aumentó el número de trabajadores indemnizados, puesto que el empleador era el responsable de crear el puesto de trabajo y, por lo tanto, también de las condiciones para que ocurrieran accidentes y/o enfermedades.

Diez años más tarde de lo sucedido en Chile, en 1935, la legislación peruana (ley n.7.975) incluyó los reclamos por enfermedades profesionales, pero para reconocerlas debía existir una demanda ante el juez interviniente y, si en el término de diez días se comprobaba la existencia de una relación entre la lesión y el trabajo desempeñado, se efectuaba la indemnización (Rosales Puente, 1943, p.61). En 1936, la legislación argentina también incorporó dicha modificación: se incluyeron en ella los trastornos patológicos provocados por el efecto del radio y demás sustancias radiactivas, y los epitelomas originados por la manipulación o el empleo de alquitrán, brea, betún, parafina, aceites minerales y los derivados de estos últimos. También se establecieron decretos reglamentarios por medio de los cuales se intentó completar el criterio de aplicación y fueron incorporados el calambre profesional de los telegrafistas y la leptospirosis. En la provincia de Buenos Aires se admitieron el anilismo, la enfermedad de los “Caissons”,² el enfisema pulmonar, el lumbago y la tuberculosis. A partir de esta reforma, la tuberculosis quedó incorporada a la lista de lesiones profesionales, pero se debía demostrar la relación entre ambiente laboral y el inicio de la enfermedad.

La tuberculosis, enfermedad de alta incidencia entre la población obrera y que provocaba la mayor cantidad de “inválidos” entre la población joven, era uno de los trastornos no

contemplados ni por las legislaciones ni por su decretos reglamentarios. Las razones de esta ausencia radican en la utilización del argumento legal anteriormente enunciado. Como era muy difícil determinar si era una enfermedad preexistente al ingreso laboral, era habitual que los trabajadores, cuyo estado iba empeorando, debieran pasar por períodos prolongados sin trabajar o que debieran, directamente, dejar de hacerlo, con lo cual quedaban sin ninguna cobertura económica o asistencial. Con esta modificación se intentó resolver ese problema, solo, como señalamos, para los casos en que se demostrara la relación directa entre lugar de trabajo – habitualmente los cargados con polvos en suspensión atmosférica – y la enfermedad. Entonces, si bien en los años 1930 existieron fallos en los que se afirmó que la tuberculosis no era una enfermedad profesional, en los años 1940 la jurisprudencia cedió a las argumentaciones que fueron reconociendo la relación entre tuberculosis y enfermedad profesional si se demostraba que era producto de un traumatismo, un hecho instantáneo y violento o estar asociada a un ambiente insalubre (Armus, 2007, p.188).

Un fallo de un juez argentino del 28 de julio de 1941 estuvo en la misma línea. Un obrero yerbatero perdió cuatro dedos mientras operaba con una máquina de molienda, sufrió una fuerte hemorragia, estuvo ocho meses sin poder trabajar y al regresar a su puesto, su tuberculosis (preexistente al accidente) se agravó. El demandante asoció el padecimiento de tuberculosis con la debilidad de su lesión anterior y si bien el abogado que representaba a la patronal trató de demostrar que la lesión previa nada tenía que ver con la tuberculosis, el juez sentó precedente al asociar directamente el agravamiento de esta enfermedad con la amputación de sus dedos y la hemorragia sufrida en consecuencia (Jurisprudencia..., mayo-jun. 1942, p.31). Es decir, en este caso quedó demostrado que una lesión en un ambiente laboral podía incidir en el recrudecimiento de una lesión tuberculosa, a pesar de haber mediado un tiempo entre una y otro.

En Chile encontramos una extensa justificación de índole técnica para intentar desligar cualquier vinculación entre tuberculosis y accidente de trabajo. Según el médico trasandino Teodoro Gebauer, no era probable que la tuberculosis surgiera a causa de accidente laboral. Según él, era muy poco probable que una lesión pudiera ser causal del TBC. Apelando a experimentaciones con animales, a registros realizados en la Gran Guerra y a dictámenes de los tribunales alemanes de trabajo, Gebauer insistió en la necesidad de ser muy cautelosos y de tomar muchos recaudos técnicos y temporales para asociar un accidente como causal de tuberculosis (Unsain, 1917, p.25-26).

En suma, la asociación entre tuberculosis y ambientes laborales fue un terreno de disputas políticas y de luchas por espacios de poder entre las partes intervinientes, lo cual hizo quedar en una suerte de limbo legal a aquellas personas que trabajaban y contraían dicha enfermedad o entre quienes la padecían y cuyo estado empeoraba. Para lograr resarcimiento, el mecanismo utilizado para lograr el reconocimiento de la tuberculosis como enfermedad profesional fue la vía judicial. Las hernias y las patologías cardiovasculares también estuvieron cruzadas por este tipo de discusiones y también otro conjunto de enfermedades que, según el criterio técnico, a veces quedaban dentro y a veces, fuera de la cobertura.

En torno a los accidentes no indemnizables, motivados por culpas graves, en la Argentina primó, en la práctica, la idea impulsada por Alejandro Unsain de “imprudencia laboral”. Entre 1915 y 1927, la patronal intentaba no pagar el resarcimiento económico por los accidentes,

adjudicándoles a los trabajadores la ingesta de excesivas cantidades de alcohol, la transgresión a los reglamentos laborales, el abandono del lugar de trabajo, el incumplimiento a los carteles preventivos o invocando a la negación del vínculo entre el desempeño del trabajo y la lesión apelando a que existían lesiones previas (Mordeglia, Francone, 1950, p.14-15). A partir de 1928, algunos de estos argumentos fueron desatendidos por la noción de “imprudencia profesional”. Unsain, retomando argumentos de la legislación italiana y francesa, señaló que la continuidad en el mismo trabajo podría engendrar hábitos que terminarían por perjudicar al personal y también conspirar contra su seguridad. Así pues, el sostenimiento de una actividad por varias horas podía provocar que cuestiones peligrosas comenzaran a formar parte de la cotidianeidad y que se naturalizaran constantes situaciones de peligro. Si bien en los primeros días un trabajador podría poner mucha atención en sus tareas, con el correr del tiempo, las preocupaciones irían desapareciendo y podría surgir la llamada “imprudencia profesional”, esto es, un descuido derivado de la rutina del trabajo. Con este concepto, muchas de las acciones que culpabilizaban al personal fabril de los accidentes quedaron bajo la responsabilidad patronal. Es decir, los trabajadores podrían violar los reglamentos o las costumbres del trabajo; sin embargo, esto no pudo ser tenido en cuenta como un elemento que eximiera al patrón en caso de accidente. Si un obrero es imprudente al armar un andamio, esto no puede ser considerado una culpa grave, pues para ello hubiera sido menester probar que faltó a indicaciones precisas por parte del patrón o del constructor. La imprudencia tiene que considerarse como parte de un riesgo profesional. En el mismo ejemplo, el patrón debería haber tomado la preocupación de revisar antes los tirantes y de haberse cerciorado, de este modo, de la solidez de los materiales (Crónica..., feb. 1928, p.2312).

Esta cuestión no estuvo libre de arduas discusiones, ya que algunos sectores eran proclives a impulsar la idea de culpa grave; es decir, si el obrero tenía una lesión y se demostraba que era producto de no cumplir con los reglamentos de la fábrica o del incorrecto uso de las herramientas de trabajo, la indemnización se eliminaba; con esto se minimizaba la responsabilidad empresarial. En Chile, si los accidentes se producían sin relación alguna con el trabajo, no se cubría la reparación, pero la demostración estaba a cargo del patrón y era el juez quien tenía la facultad de determinar la culpabilidad. En la ley peruana, si la culpa se relacionaba con la acción imprudente del obrero, se reducía la indemnización; a diferencia del caso chileno, la acción del juez no era necesaria; se trataba de un vínculo entre el obrero y el patrón. Esta relación entre las partes afectadas dejaba al obrero en una situación de mayor desprotección (Unsain, 1917, p.77).

Asistencia médica

La obligación de asistir al accidentado fue común a todas las leyes de accidentes. En la Argentina, la ley puso a cargo del patrón la asistencia médica y los medicamentos o prestaciones farmacéuticas. Frente a esta situación podía darse uno de tres tipos de escenario. Los obreros que tenían seguro contaban también con sanatorios o médicos que prestaban servicios al obrero en el propio domicilio. El cumplimiento de esta obligación se debía a un doble interés: el control del Departamento Nacional del Trabajo y el interés de la compañía aseguradora por que el lesionado se recuperara rápidamente para volver en condiciones a su trabajo y así reducir el monto de la indemnización y el costo del tratamiento y/o hospitalización.

Un grupo de trabajadores estuvo compuesto por aquellos que no estaban asegurados y debían recurrir al hospital público. Según datos registrados para el período 1916-1921, era común que los patrones evitaran los gastos de la asistencia médica recurriendo a los servicios sociales que prestaban los hospitales. Una ordenanza municipal suspendió esta medida; los hospitales brindaron el servicio a los lesionados, pero luego pasarían los honorarios profesionales a la empresa. Otro grupo de trabajadores contaba en las mismas empresas con servicios médicos y profesionales a sueldo en la misma planta. Los ferrocarriles, los frigoríficos y los tranvías son ejemplos de esta modalidad (Unsain, 1917).

La ley de Chile estableció que el patrón pagaría la asistencia médica y los gastos de botica de la víctima hasta que se encontrara en condiciones de volver a su trabajo. El patrón podía designar un médico para constatar el estado del obrero y, si la persona accidentada se negaba a recibirlo, el juez podía suspender el pago de la indemnización. En esta línea, Teodoro Gebauer Weisner (jun.-jul. 1938, p.258-259), director del Hospital Traumatológico, sostenía que si se consideraba que una persona podría mejorar su estado mediando una operación, el lesionado no podría rechazarla solo por “capricho personal”, ya que por lo contrario, “la sociedad cargaría con su pensión”. Con estas palabras respaldó la presencia de especialistas en la medicina laboral y, más precisamente, de profesionales vinculados al área de ortopedia y traumatología, quienes cobraron mayor relevancia en el impulso a la medicina laboral. El ideal era evitar que se recurriera a médicos generales, que no podían determinar la especificidad de la lesión ni las particularidades del tratamiento de rehabilitación. Así pues, con el transcurso del siglo XX, la importancia de la rehabilitación estuvo cada vez más presente en las discusiones médico-sociales. Se daba por sentado que la mayor precisión, la posibilidad de realizar estudios complementarios y el registro por escrito de las observaciones otorgarían mayor certeza y detalle al diagnóstico y, como consecuencia, limitarían el umbral de dudas que rodeaba habitualmente a las prescripciones cortas y repetitivas. Según las palabras del traumatólogo chileno, si el

médico se inclina al lado del enfermo, por su espíritu de conmiseración, comete una injusticia, disponiendo de dineros que no son suyos y, teniendo que pagar el patrón, la industria, secundariamente, repercute sobre toda la sociedad por aumento del precio del costo. Si el médico se inclina a favor del patrón, en contra del enfermo, comete una injusticia aún muchísimo mayor (Gebauer Weisner, jun.-jul. 1938, p.258-259).

De manera similar a lo acontecido en Argentina, en Chile, si el obrero se atendía en el hospital, el patrón debía pagar los servicios que establecían los reglamentos hospitalarios (Unsain, 1917).

A tono con los casos mencionados, en Perú también se estableció la asistencia médica inmediata en cualquier clase de accidente. Era el empresario el que tenía la obligación de designar al médico y cubrir los gastos de farmacia. La designación del médico por parte del patrón podía dar lugar a ciertas inequidades, ya que los galenos podían asistir a los enfermos con remedios y tratamientos poco onerosos y, en definitiva, ineficientes, con tal de evitar incrementar los gastos empresariales. A diferencia de los casos chileno y argentino, si el patrón entregaba un monto de acuerdo con el arancel establecido, cesaba la obligación patronal. Esta instancia generó dos tipos de situaciones. Una de ellas podía ser que el obrero utilizara el dinero para

otras urgencias personales o familiares y que abandonara su tratamiento, con lo cual corría peligro su reinserción laboral futura por agravamiento de la dolencia. La otra situación podría implicar que cubriera su tratamiento coyuntural pero luego, si surgía otra consecuencia vinculada con la misma lesión, el patrón ya quedaba eximido de cubrir las consecuencias a largo plazo del tratamiento (Unsain, 1917, p.129).

En los tres países, la mayor preocupación era el incremento de los gastos empresariales debido a largos tratamientos de rehabilitación. La rehabilitación, si estaba bajo la égida del patrón, recaería en los costos empresariales y esto, según los argumentos de los patrones, influenciaría en la sociedad, ya que se tendrían que aumentar los precios. De quedar el patrón libre de responsabilidades, el costo también lo tendría que pagar la sociedad, ya que las personas lesionadas o “inhabilitadas” tendrían que ser socorridas o por la beneficencia o la asistencia públicas. El liberalismo económico mostraba allí, una vez más, sus contradicciones, ya que ante un accidente laboral en ámbitos privados se trataba de derivar las responsabilidades a las víctimas por ser culpables de sus propios accidentes; y al resto de la sociedad, mediante un aumento de los precios o al mayor gasto que le ocasionaría al sistema sanitario y de asistencia. Si bien la legislación propendió a mejorar ciertas condiciones en los ámbitos fabriles y complejizó el abanico de derechos sociales, sin lugar a dudas apuntó a preservar el patrimonio empresarial, ya fuera por medio de la inducción a contratar seguros o por medio de la creación de servicios hospitalarios públicos o financiados de manera tripartita que redujeran, en definitiva, tanto el costo como las responsabilidades empresariales.

La indemnización

A tono con el aspecto anterior, con respecto al pago de la indemnización, luego de un accidente, el temor vigente en las discusiones médicas y legales era sobre si los lesionados iban a saber usar racionalmente el dinero recibido. La indemnización recibida se estipulaba a partir de una tarifa proporcional a la incapacidad sufrida y al salario recibido. Las acusaciones de vicios, vagancia, alcoholismo y múltiples usos “incorrectos” del dinero fue un argumento recurrente para modificar la forma de otorgar la indemnización. El ideal, enunciado por el Director de Trabajo y Previsión de Córdoba, Manuel Ossorio y Florit, era que las familias, con el dinero recibido, pudieran instalar un negocio o adquirir una vivienda para resguardar su futuro. Claro está que este horizonte lejos estaba de las duras condiciones de vida que tenían que sufrir las familias en las cuales uno de sus integrantes dejaba, ya fuera momentánea o permanentemente, de trabajar. La propuesta de Ossorio y Florit (mayo, 1945, p.92) distaba de reflejar el ideal de lo pensable y lo posible para las familias de los trabajadores accidentados y respondía a una aspiración de los sectores medios y altos. En todo caso, el interés empresarial estaba en cómo el “peso” de la rehabilitación caería sobre la sociedad y no sobre sus espaldas.

En los tres países primó el sistema de renta. En la Argentina se instauró un sistema de responsabilidad individual, no corporativa, de acuerdo con el cual los patrones podían traspasar a las compañías de seguros las cargas de las indemnizaciones. Esta situación dio lugar a que las grandes empresas contrataran aseguradoras privadas. Si bien antes de la sanción de las leyes esta práctica existía, lo que habilitó la sanción del corpus fue legitimar y dar mayor aliento a esta iniciativa de indemnización obligatoria. Por tal motivo, los trabajadores y los inspectores denunciaban a las compañías de seguros que no cumplían con

las obligaciones respecto de los trabajadores accidentados. Entre las artimañas habituales para eludir las obligaciones de la indemnización se encontraba la búsqueda de errores ortográficos en los apellidos, la falta de registro por parte del patrón de los libros de sueldos y jornales, la inexistencia de la firma del patrón en la denuncia del accidente, la existencia de arreglos extrajudiciales de las compañías aseguradoras y el intento de demostrar que la víctima tenía la culpa por el accidente, motivada por su imprudencia o por una lesión previa. A partir de 1925 se instauró un libro en el Departamento Nacional de Trabajo para que los obreros consignaran sus protestas en torno al incumplimiento de las empresas. La suma de situaciones turbias podía dar lugar a que el Poder Ejecutivo retirara a las compañías de seguro la autorización para operar en el rubro de accidentes de trabajo. Asimismo, la intervención de las múltiples empresas aseguradoras complejizaba aún más el escenario de las denuncias y el resarcimiento por lesiones laborales, puesto que se convertían en un actor más, dado que su objetivo era conseguir asegurados, pero intentar no pagar nada, o pagar por las lesiones la menor cantidad de dinero posible.

¿Cómo funcionaba el sistema de renta? En la Argentina, los patrones o las compañías aseguradoras depositaban la indemnización en una sección especial: la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones Civiles que dependía del Ministerio del Interior. Los seguros eran facultativos y las compañías de seguro serían controladas por el Estado. En los casos en que el patrón no las contratase y se declarase insolvente, una Caja de Garantías pagaría la indemnización. Por ese motivo, la agencia estatal denunciaba las irregularidades cometidas por los patrones o por las compañías aseguradoras (Crónica..., abr. 1930, p.3133). Si éstas no cumplían con la norma, le restaban recursos a la Caja. Esta institución invertía en títulos de la Nación y pagaba mensualmente a las personas beneficiarias. Por medio de la paga mensual se pretendía proteger a los(as) indemnizados(as), ya que se creía que si se entregaba todo el dinero a las personas lesionadas o a sus deudos, estos no podrían administrarlo correctamente y luego caerían en la indigencia, con lo cual se convertirían en una pesada “carga para la sociedad y el Estado”. Es decir, la supuesta irracionalidad en el uso del dinero y del derecho era un medio para resguardar los recursos de la Caja Nacional de Jubilaciones y Pensiones Civiles.

Este sistema fue objeto de críticas, puesto que los pagos realizados mensualmente por la Caja a los beneficiarios resultaban insuficientes para vivir. Otro tópico no resuelto era el pago de las costas del juicio, que no era pagadero en cuotas, por lo que, a pesar de que se lo hubiese ganado, era común que los trabajadores no contaran con el dinero para pagar los honorarios profesionales. Este tipo de pago también desalentaba el recurso por la vía judicial porque, por ejemplo, en caso de muerte, el pago que realizaba la caja no llegaba a suplir el salario perdido y tampoco se ajustaba a la inflación, por lo que tendía a la baja. Para suplir en parte estos problemas y a iniciativa de Unsain, se dictó, el 25 de julio de 1918, otro decreto reglamentario por el cual la indemnización se recibiría en 120 mensualidades, es decir, durante diez años.

Para el doctor Manuel Ossorio y Florit, el seguro solo cumplía su función verdadera cuando estaba concebido social y no mercantilmente; es decir, cuando se establecía no como medio de cubrir el perjuicio que al empleador le ocasionaba la obligación de indemnizar, sino como garantía de indemnización justa al accidentado. La particularidad del seguro de accidentes de trabajo, a diferencia de otros, se encontraba en que el presunto beneficiario no era parte en el contrato ni su satisfacción interesaba a quienes figuran como contratantes. Al patrón

le bastaba con que la empresa aseguradora le garantizara que, en caso de siniestro, ni sería molestado ni le costaría un centavo más de lo que había pagado en concepto de prima; y a la compañía de seguros, lo que le importaba era tener contentos a los patrones que, en definitiva, eran quienes constituían su clientela y les resultaba indiferente la situación de los trabajadores accidentados. De ahí la deficiente asistencia sanitaria a muchos de ellos y las constantes transacciones en perjuicio de ellos (Ossorio y Florit, mayo 1945, p.93).

En Perú se estipuló una renta vitalicia como indemnización en los casos mortales y en los de incapacidad absoluta y permanente. De manera similar que con los gastos de atención médica, la ley autorizaba la liberación de la responsabilidad patronal si entregaba a la caja de depósitos una suma determinada por única vez. La ley chilena se refirió a la entrega de una suma vitalicia para todas las incapacidades. Para aquellas lesiones parciales, el monto se estipularía por una tabla especial. Para las incapacidades absolutas, se otorgaría una renta o pensión vitalicia. Por incapacidad absoluta se entendía la pérdida orgánica o funcional de ambas piernas, de ambas manos, de una pierna y una mano y la ceguera completa de ambos ojos. El médico chileno Gebauer Weisner (jun.-jul. 1938, p.258-259) consideraba que este sistema tendría que ser modificado si, mediando el control médico periódico, se consideraba que la perturbación funcional se había modificado. Esta propuesta colocaba al saber médico en un lugar privilegiado en el sistema de protección social, ya que eran los médicos y no los jueces quienes contaban con los conocimientos para arbitrar en este ámbito de la justicia laboral.

En 1924 en Chile, con la reforma de la legislación de accidentes de trabajo, se creó la Caja de Seguro Obrero por enfermedad, invalidez o vejez (ley-decreto n.4.054), financiada con el aporte de asegurados, patrones y Estado. En 1925, esta normativa comenzó a generalizarse, se incluyó a los empleados particulares y se constituyó la Caja de Empleados y Públicos y Periodistas. En 1927 se sancionó la creación de la Caja Nacional de Ahorros, convertida a mediados de 1942 en la Caja de Accidentes del Trabajo, que tuvo entre sus funciones la prevención, curación y reparación de los siniestros ocurridos a los obreros asegurados.

En 1938 se sancionó la Ley de Medicina Preventiva (ley n.6.174), que buscó ampliar la protección entre la población general y no solamente entre quienes estaban vinculados con determinado grupo ocupacional o ligados a una caja sectorial. Los beneficios consistieron en asistencia médica curativa y preventiva, pensiones de invalidez y de vejez, devolución de imposiciones y la cuota mortuoria. Los recursos se formaban por una cotización obrera del 2% sobre el salario, una del 4% por parte de la patronal y una del 1% por parte del Estado (Parada, Balbi Robecco, 1949, p.88-94). La aspiración era que los seguros del trabajo pudieran sustraerse del lucro mercantil y que se pudiera establecer un examen de salud obligatorio que debería contar de un examen clínico, estudios de rayos X, reacción de Kahn Wassermann. Según sostenía Julio Bustos (1936, p.34), jefe del Departamento de Previsión Social del Ministerio de Salubridad, Previsión y Asistencia Social de Chile,

la salud pública debe estar, en razón de su alto interés colectivo, fuera del comercio. En consecuencia, las entidades aseguradoras no pueden limitarse simplemente a contratar seguros; deben llenar otras funciones que interesan más a la sociedad, cuales son las de prevención y de rehabilitación, además de la reparación económica de los daños mediante indemnizaciones en forma de subsidios y pensiones.

Frente a la detección de una enfermedad, se realizaba un examen de las condiciones de trabajo para iniciar un tratamiento y, si era necesario, un “reposo preventivo”, el cual podía ser total o parcial, según lo dictaminase la Comisión de Medicina Preventiva. El beneficio económico consistiría en el pago en dinero que la caja haría a la persona. Este subsidio se determinaría por un porcentaje del promedio de los tres últimos sueldos; además se debería mantener el puesto de trabajo por el período que durara el reposo. La caja también proporcionaría otras ayudas, tales como medicamentos y estadías en casas de reposo. Si bien la inspiración y el alcance de esta ley provocaban la admiración por parte de los países vecinos, como el caso de la Argentina, en 1943 existían voces que daban cuenta de que sus logros eran incipientes. El abogado de la Universidad de Chile, Walter Siebel Jensen (sep. 1943, p.14), sostenía que los beneficios deberían ser extendidos con el tiempo a un número mayor de enfermedades y que se debería aspirar a cubrir a las familias.

La distinción del caso chileno respecto del argentino es que el Estado actuó como agente asegurador del riesgo de accidentes, pero no con monopolio, sino en competencia con las compañías de seguros. El riesgo de trabajo se podía asegurar en la Sección Accidentes de Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros. En la Argentina, el espacio fue siendo ocupado progresivamente, desde principios de siglo, por compañías de seguro privadas que, si bien contaban con el control estatal – ya que el Estado podía sacarles las licencias para operar –, tuvieron un espacio de poder cada vez mayor y se constituyeron en un actor más a la hora de limitar un sistema de seguridad social universal. En este sentido, el médico argentino Germinal Rodríguez (1952, p.400)³ fue muy crítico al respecto, al sostener que

el seguro de accidentes ha sido encarado con un concepto comercial y los industriales descargan sobre una compañía privada de seguros las responsabilidades de la ley, lo cual determina que traten de chicanear los beneficios de la misma cada vez que es posible y por su parte, los accidentados han creado una verdadera industria de su mal, estimulados por procuradores que los adiestran en las sutilezas del derecho.

En Chile, con los fondos recaudados, la Sección Accidentes de Trabajo de la Caja Nacional organizó en Santiago la atención médica por medio del Hospital Traumatológico, el cual fue inaugurado a fines de 1937 y estuvo bajo la dirección de Gebauer Weisner. Este hospital, considerado de vanguardia y equipado con la más moderna tecnología de la época, se convirtió en una competencia para las compañías de seguros y constituyó un referente para la reincorporación de los inválidos y la recuperación funcional mediante tratamientos médicos específicos.

Por otra parte, las organizaciones obreras impulsaban, por un lado, a la denuncia de aquellos patrones que se inclinaban por las compañías comerciales y, por otro, a los que hicieran sus aportes en la Sección Accidentes de Trabajo de la Caja Nacional de Ahorros. Para intentar dar cobertura a las personas que se accidentaban en otras regiones, se crearon “postas traumatológicas”, con la intención de asegurar el tratamiento en cualquier punto del territorio (Figueroa Araya, mar. 1944, p.59).

De manera similar al caso chileno, a partir de la década de 1930, Perú impulsó medidas activas en las áreas de salud y de educación. En 1936, se creó la Caja Nacional de Seguro Social Obrero (ley n.8.433), cuya concreción más destacada fue la inauguración, en 1940, del

Hospital Obrero de Lima, organizado por el médico y ministro de salud pública, Guillermo Almenara Irigoyen, y el abogado Edgardo Rebagliati.⁴ Su inauguración contó con la presencia de importantes funcionarios de la región, lo cual es un indicador de la importancia otorgada a la idea de crear con fondos estatales un hospital abocado al bienestar, la seguridad y la protección de los trabajadores. Por lo menos en términos retóricos, se pretendía quebrar la tradición de beneficencia y caridad en la atención médica y posicionar al Estado en un rol central en la regulación de las relaciones laborales y sanitarias. Entre los dignatarios que asistieron estuvo Salvador Allende, por entonces ministro de Salud Pública de Chile.

Con la organización del Hospital Obrero se pretendió lograr una marcada profesionalización técnica. Para tal fin se contrataron equipos médicos de Estados Unidos y se introdujeron técnicas y procedimientos asistenciales y de administración que buscaban optimizar el tiempo y mejorar la asistencia en el territorio nacional entre los trabajadores de la industria, del comercio y de la agricultura, los aprendices, los trabajadores a domicilio y los del servicio doméstico. Tal como señala Paulo Drinot (2011, p.220-223), los indígenas quedaron fuera de esta medida de protección sanitaria, ya que se consideraba que no estaban preparados para convertirse en trabajadores industriales. La constitución e implementación del seguro social reflejó que las ideas sobre política social y laboral estuvieron teñidas de un fuerte componente de discriminación racial.

Los riesgos cubiertos serían los de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y la rehabilitación. Se acordaron prestaciones de asistencia médica, hospitalaria, terapéutica, subsidios, pensiones y material ortopédico. Se financió por las cotizaciones de los asegurados, los patronos y el Estado. El fondo también estaba constituido por impuestos al tabaco y a las bebidas alcohólicas, multas, herencias, legados y donaciones (Bramuglia, sep. 1943, p.39). En 1948 se instituyó el Seguro Social del Empleado. Ambas cajas cubrían la enfermedad y los períodos de licencia por maternidad, jubilación e invalidez de los trabajadores inscriptos (Cueto, 2004).

A diferencia de los casos mencionados, la Argentina no contó con un hospital que pudiera ser visualizado como un referente para el tratamiento de patologías vinculadas al trabajo y a sus complicaciones. Si bien desde entrados los años 1920 estuvo entre los debates y propuestas la de crear un Hospital Policlínico del Trabajo que pudiera reunir a los accidentados y enfermos en un establecimiento especializado en el tratamiento de sus dolencias, éste no vio la luz; probablemente porque en dichas propuestas no se enunciaba claramente quién lo financiaría (Feinmann, mar. 1925, p.24). A partir de los años 1940, algunos sindicatos fueron montando sus propios hospitales, destinados a sus empleados y a sus familias. Ejemplo de ello constituyó el Hospital Ferroviario, creado en 1944, financiado por los aportes gremiales y que contó con apoyo estatal. A partir de esta experiencia, los sindicatos fueron organizando servicios médicos (Ossorio y Florit, mayo 1945, p.91-96; Andrenacci, Lvovich, Falappa, 2004).

Es de destacar la similitud, para los años 1930, entre Perú y Chile en el intento por concretar sistemas más abarcadores de seguridad social. Es muy probable que los importantes encuentros auspiciados por la Organización Internacional del Trabajo influyeran significativamente en sendos países para rectificar marcos legales que ya se encontraban enunciados para, de esta forma, reforzar y difundir modelos existentes. Cabe recordar que en 1936 se realizó en Chile la Conferencia del Trabajo de los Estados Americanos; en 1941, la Conferencia Interamericana

de Previsión Social en Lima; y en 1942, la Primera Conferencia Interamericana de Seguridad Social en Santiago de Chile que tuvo como objetivo fundamental intensificar la cooperación de los países de América en el campo de la seguridad social para preservar y mejorar la salud y la capacidad productiva de los trabajadores y sus familias (Lauzet, mayo-jun. 1942, p.34).

Como sostiene Patricia Flier, estas conferencias marcaron tendencia en materia de política laboral y social de la época. Éstas fueron la creciente intervención del Estado en la regulación de diversas esferas de la vida social; la aceptación progresiva, por parte de los empresarios, de la necesidad de tal intervención; la integración creciente de los sindicatos a las estructura del Estado; el descrédito de las políticas liberales; el auge de pleno empleo; la gradual universalización de la seguridad social y la preocupación por el desmejoramiento psicofísico del trabajador debido a su situación económica, la insalubridad, el exceso del trabajo y la fatiga (Flier, 2006, p.197-226; Gaggero, Garro, 2004, p.175-192). Según Eric Hobsbawm, si la revolución fue hija de la guerra, también lo fue la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y con ésta la pretensión de concretar una legislación social y una regulación laboral a escala mundial. La creación de este organismo internacional obligó a profundizar ciertos aspectos en el camino de consolidar espacios de integración, de regulación y de construcción de legislación sobre el trabajo (Hobsbawm, 2005, p.62). Específicamente en relación con el tema de los accidentes de trabajo, a partir de 1925, la OIT acordó unificar, entre todos los países integrantes, el monto mínimo de indemnizaciones, las jurisdicciones sobre los conflictos referentes a indemnizaciones, la regulación de enfermedades profesionales, la igualación en el tratamiento de trabajadores nacionales y extranjeros y la ampliación de la cobertura a los trabajadores agrícolas (Pozzo, 1939, p.80). Así, la OIT jugó un papel destacado en la puesta en locución de la agenda de reformas laborales y en el desarrollo del derecho laboral en los países del continente. A partir de la segunda y tercera décadas del siglo XX, las resoluciones de los convenios fueron ratificadas por las dinámicas de las políticas locales de los estados miembros de América Latina.⁶

Consideraciones finales

Tal como sugieren Fernando Devoto y Boris Fausto (2008, p.7-17), este trabajo constituye un punto de partida para futuras investigaciones, más que un punto de llegada. A futuro, nos permitirá retomarlo con nuevas preguntas, una mayor polifonía y algunas hipótesis reformuladas. No obstante, y como primera sistematización del abordaje, nos permitimos destacar algunos rasgos comunes y diversos ante un mismo desafío: cómo proteger a la mano de obra en un contexto de industrialización y de declive de los flujos migratorios internacionales.

Intentando corrernos de las historias contadas por los protagonistas que, con diferentes matices, han tratado de legitimar los desarrollos llevados adelante en sus países, destacando lo “negativo” o lo “diferente” de los de otros países, en síntesis, podemos marcar que en las primeras décadas del siglo XX, Chile, Argentina y Perú tuvieron desafíos semejantes en cuanto al intento de resarcir los accidentes de trabajo y los resolvieron amparándose en un marco legal que reguló las relaciones entre las partes. Argentina y Perú sancionaron en sus marcos normativos la idea de riesgo profesional y desplazaron la de culpabilidad establecida hasta ese momento. Recién con la reforma de 1924, Chile incorporó la idea de responsabilidad patronal.

Argentina y Chile mostraron semejanzas respecto del interés por definir qué se entendía por accidente de trabajo y por enfermedades profesionales. Si bien este interés por nominar constituyó un acuerdo para lograr un amparo económico ante los infortunios habituales en el ámbito de trabajo, no amparó de la misma forma a enfermedades tan habituales como la tuberculosis, las hernias y las enfermedades cardiovasculares. Estas dolencias continuaron siendo objeto de dudas y cavilaciones y, en la mayoría de los casos, su vinculación con las actividades cotidianas en el ámbito laboral quedó bajo la determinación de un juez.

Este mapa de relaciones cambiaría hacia los años 1930. El peso del influjo de la Organización Internacional del Trabajo fue mayor en Perú y Chile. Ambos países moldearon y rectificaron sus anteriores acuerdos locales sobre seguridad social frente a los consensos y recomendaciones de los encuentros internacionales realizados en estos países. Así pues, en ambos se intentó llevar a cabo una centralización de los sistemas de asistencia que tendiera a una mayor universalidad. El ejemplo más claro en este sentido lo constituyó la creación del Hospital Obrero en Perú y del Traumatológico en Santiago. Por el contrario, en la Argentina, si bien en términos retóricos se aspiró a lograr un sistema de seguridad social universal, en la práctica, el sistema siguió estando atravesado por los intereses de las obras sociales sindicales y sus sistemas de prestaciones asistenciales que dieron cuenta de un movimiento sindical con un mayor peso de interlocución e intervención política. Si bien existía un sistema de ideas y recomendaciones legitimadas por los organismos internacionales, es interesante destacar cómo los procesos de recepción de ideas no son pasivos y llevan a su constante reformulación. El análisis de los procesos de implementación y el estudio de los mecanismos y los argumentos que se utilizan para validar su ejecución es un terreno que debe seguir siendo explorado.

Algunas voces técnicas y políticas miraban con cierta expectativa y atención los pasos dados en el contexto chileno en materia de seguridad social. En línea con lo anteriormente esbozado, en la Argentina, tanto en la Secretaría de Trabajo y Previsión (1944) como en la Secretaría de Salud Pública (1946), las discusiones políticas y técnicas giraron en torno a la constitución del Seguro Social y Chile fue visto como el país que había sabido anticiparse en materia de lograr un Seguro de Enfermedad. Según las palabras de Germinal Rodríguez (ene.-mar. 1946, p.11), a la hora de lanzar su proyecto de planificación de los servicios de Medicina Preventiva, “nuestra ley de medicina preventiva ha sido inspirada en la Ley chilena de 1937... Chile fue el primer país del mundo que comprendió la importancia de preservar la capacidad del trabajo en los medios obreros”. El ideal apuntaba a universalizar la asistencia sanitaria y social entre la población obrera; no sólo a otorgar una prestación económica por la lesión, sino a mejorar y ampliar la asistencia médico-social y a estimular estrategias de reeducación y seguridad industrial.

Hacia 1946, se consideraba que la legislación argentina vinculada a los accidentes de trabajo estaba obsoleta, ya que sólo subsidiaba e indemnizaba al inválido, pero no contemplaba la invalidez ni subsidiaba a las personas que dependían del accidentado (viudas y huérfanos) ni tampoco se había avanzado en las campañas de prevención de accidentes en los ámbitos fabriles (Carrillo, dic. 1946, p.42). En este contexto, en el cual los riesgos del trabajo eran tematizados y debatidos en diferentes círculos profesionales, no resulta extraño que, durante el peronismo, delegados argentinos viajaran a estos países – que funcionaban como referentes – para luego realizar informes acerca de las experiencias llevadas a cabo en ellos. En estos

informes se volcaba la observación y valoración de las distintas experiencias que en cada país se llevaban a cabo con el objetivo de lograr la protección médica y social de amplios grupos poblacionales. El objetivo era ampliar, mediante políticas sociales, el abanico de recursos de la seguridad social. En forma paralela, reconocidos médicos y abogados chilenos y peruanos visitaron la Argentina y realizaron conferencias al respecto. Estas “misiones” y sus informes cumplían la función de señalar las mejoras realizadas en otros países para que luego se convirtieran en un punto de partida para mejorar la legislación local. La publicación de estas conferencias e informes o la reproducción de artículos en publicaciones locales dan cuenta de las interconexiones entre el quehacer político y científico dentro de un marco geográfico que excedió lo local. En el plano discursivo, esta confluencia de ideas, que tenía la ventaja de no tener que estar mediada por una traducción, fue forjando una nueva concepción en torno a las responsabilidades estatales. Esta responsabilidad estatal era vista tanto en términos de diálogos con los actores locales como en clave de lineamientos transnacionales.

En síntesis, a partir de la segunda década del siglo XX, fueron marcadas en la literatura local las referencias a las experiencias de Chile y Perú en materia de accidentes de trabajo y de seguridad social. A partir de los años 1940, a estas referencias transnacionales se sumaron las vinculadas a la experiencia brasileña y, con especial énfasis, las ligadas con la seguridad y prevención laboral. Sin lugar a dudas, el contexto de entreguerras y el impulso generado a partir de los años 1920 por los organismos internacionales crearon un marco para que los países compararan sus propias realidades e impulsaran medidas para homologar las realidades locales en pos de lograr un escenario de cooperación internacional.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación forma parte del proyecto PIP 20012-2014 “Efectos locales de las discusiones transnacionales sobre salud laboral, Argentina (1915-1949)”, financiado por CONICET.

Agradezco la colaboración y la generosidad de Diego Ortúzar Roviroso; sus sugerencias fueron claves para enriquecer esta propuesta.

NOTAS

* Una versión de esta propuesta fue discutida en el Seminario Salud Internacional: Perspectivas Históricas de América Latina y el Caribe, realizado por la Casa de Oswaldo Cruz/Fiocruz en junio de 2012 y organizado por Marcos Cueto y Gilberto Hochman.

¹ Algunas instancias en las cuales se estudiaron estas cuestiones en Europa fueron el Congreso Internacional de París en 1899, el de Berna en 1891, el de Milán en 1897, el de París en 1900 y el de Dusseldorf en 1903.

² Se refiere a un accidente de carácter biofísico que ocurre por una descompresión demasiado brusca, tras una permanencia prolongada en profundidad o en la altura. Es habitual en los trabajos en las minas.

³ Germinal Rodríguez había obtenido en los años 1930 una banca en el Consejo Deliberante por el socialismo independiente. Fue profesor de la Facultad de Ciencias Médicas en la Cátedra de Higiene y Medicina Social y se volcó activamente a la gestión sanitaria entre 1946 a 1950. Fue, además, un defensor de la implementación del seguro de salud.

⁴ Rebagliati editó, en 1932, la *Revista de Seguros*, la cual se constituyó en una tribuna de ideas sobre la legislación de accidentes de trabajo, de los seguros y de nutridas relaciones con Francia, Australia, España, Uruguay, Argentina y Chile. Rebagliati hizo referencias al sistema de Chile, establecido en 1924, porque para él era un modelo a seguir ya que hacia mediados de los años treinta cubría a ochocientos mil obreros. (Drinot, 2011, p.199-200).

⁵ En esa década se dio en América Latina el proceso de ratificaciones. En los años 1920, Chile (1925) y Cuba (1928); en Venezuela en 1932. En 1933 ratificaron muchos de los convenios existentes en Argentina, Uruguay, Colombia y República Dominicana; Brasil lo hizo en 1934.

REFERENCIAS

- ADELMAN, Jeremy.
Historias latinoamericana y mundial: viejos y nuevos abordajes al *pluribus* y el *unum*.
Entrepassados, año 14, n.28, p.145-154. 2005.
- ANDRENACCI, Luciano; LVOVICH, Daniel;
FALAPPA, Fernando.
Acerca del Estado de bienestar del peronismo clásico. In: Bertranou, Julián; Palacio, Juan Manuel; Serrano, Gerardo (Comp.). *En el país del no me acuerdo*. Buenos Aires: Prometeo. p.83-114. 2004.
- ARMUS, Diego.
La ciudad impura: salud, tuberculosis y cultura en Buenos Aires, 1870-1950. Buenos Aires: Edhasa. 2007.
- ARMUS, Diego.
La enfermedad como problema social. In: Lobato, Mirta. *El progreso, la modernización y sus límites (1880-1916)*. Buenos Aires: Sudamericana. p.507-550. 2000.
- BIALET MASSÉ, Juan.
Informe sobre el estado de la clase obrera. Buenos Aires: Hyspamérica. 1985.
- BRAMUGLIA, Juan Atilio.
Acción internacional y legislación comparada. *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, año 2, n.8, p.31-39. sep. 1943.
- BUSTOS, Julio.
La seguridad social. Santiago de Chile: Talleres Gráficos Gutenberg. 1936.
- CANO, Guillermo.
Algunos caracteres de la legislación sobre tribunales de trabajo. *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, año 1, n.1, p.61-65. ene. 1942.
- CARRILLO, Ramón.
El problema del inválido. *Archivos de la Secretaría de Salud Pública*, v.1, n.1, p.40-46. dic. 1946.
- CRÓNICA...
Crónica Mensual del Departamento Nacional del Trabajo, año 13, n.146, p.3133-3135. abr. 1930.
- CRÓNICA...
Crónica Mensual del Departamento Nacional del Trabajo, año 11, n.120, p.2312-2316. feb. 1928.
- CUETO, Marcos.
El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington: Organización Panamericana de Salud. 2004.
- CUETO, Marcos; BROWN, Theodore; FEE, Elizabeth.
El proceso de creación de la Organización Mundial de la Salud y la Guerra Fría. *Revista Apuntes*, v.38, n.69, p.129-156. jun-dic. 2011.
- DEVOTO, Fernando; FAUSTO, Boris.
Argentina-Brasil 1850-2000. Buenos Aires: Sudamericana. 2008.
- DRINOT, Paulo.
The allure of labor: workers, race, and the making of the Peruvian State. Durham: Duke University Press. 2011.
- FEINMANN, Enrique.
Hospital Policlínico del Trabajo. *Boletín del Trabajo*, año 2, p.24-25. mar. 1925.
- FIGUEROA ARAYA, Ezequiel.
La medicina del trabajo. *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, año 2, n.9, p.57-60. mar. 1944.
- FLEURY, Sonia.
Estado sin ciudadanos: seguridad social en América Latina. Buenos Aires: Manantial. 2000.
- FLIER, Patricia.
Las organizaciones internacionales y las recomendaciones de política de seguridad social para América Latina: el caso de la Conferencia de Seguridad Social. In: Lvovich, Daniel; Suriano, Juan. *Las políticas sociales en perspectiva histórica, Argentina, 1870-1952*. Buenos Aires: Prometeo. p.197-226. 2006.
- GAGGERO, Horacio; GARRO, Alicia.
La política de seguridad social peronista. In: Berrotarán, Patricia; Jáuregui, Aníbal; Rougier, Marcelo (Ed.). *Sueños de bienestar en la nueva Argentina: Estado y política pública durante el peronismo, 1946-1955*. Buenos Aires: Imago Mundi. p.175-192. 2004.
- GEBAUER WEISNER, Teodoro.
Seguro Social Único. In: *Boletín Médico Social de la Caja de Seguro Obligatorio*, n.49-50, p.258-259. jun.-jul. 1938.
- GONZÁLEZ LEANDRI, Ricardo.
Curar, persuadir, gobernar: la construcción histórica de la profesión médica en Buenos Aires, 1852-1886. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 1999.

GREZ TOSO, Sergio.

¿Autonomía o escudo protector? El movimiento obrero y popular y los mecanismos de conciliación y arbitraje (Chile, 1900-1924). *Revista Historia*, n.35, p.91-150. 2002.

GREZ TOSO, Sergio.

El escarpado camino hacia la legislación social: debates, contradicciones y encrucijadas en el movimiento obrero y popular (Chile 1901-1924). *Cuadernos de Historia*, n.21, p.119-182. 2001.

HOBSBAWM, Eric.

Historia del siglo XX. Buenos Aires: Crítica. 2005.

HUTCHISON, Elizabeth.

Labors appropriate to their sex: gender, labor and politics in urban Chile, 1900-1930. Durham: Duke University Press. 2001.

JURISPRUDENCIA...

Jurisprudencia de accidentes del trabajo. *Clínica del Trabajo*, año 2, n.8, p.31. mayo-jun. 1942.

LAS ENFERMEDADES...

Las enfermedades profesionales son declaradas como accidentes de trabajo. Texto del decreto dictado por el gobierno chileno. *Clínica del Trabajo*, año 3, n.10, p.43. jul.-ago. 1943.

LAUZET, Luis.

Reunión Panamericana de Seguridad Social. *Clínica de Trabajo*, año 2, n.8, p.34. mayo-jun. 1942.

MESA LAGO, Carmelo.

Aspectos económicos y financieros de la seguridad social en América Latina y el Caribe, problemas y alternativas para el año 2000. Santiago: CIEDESS. 1993.

MORDEGLIA, Miguel; FRANCONI, Mario.

Tecnopactías. Buenos Aires: El Ateneo. 1950.

ORTÚZAR, Diego.

Legislación y medicina en torno a los accidentes del trabajo en Chile 1900 – 1940. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*, Debates. Disponible en: <http://nuevomundo.revues.org/66007>. Acceso en: 27 ene. 2014. 17 oct. 2013.

OSSORIO Y FLORIT, Manuel.

La previsión social y la reparación de accidentes de trabajo. *Crónica Mensual de la Secretaría de Trabajo y Previsión*, año 2, n.13, p.91-96. mayo 1945.

PALERMO, Silvana.

Ciencia, reformismo y los derechos del trabajador-ciudadano: la regulación estatal del trabajo ferroviario según Biale Massé. *Entrepasados*, año 13, n.26, p.31-52. 2004.

PARADA, Manuel; BALBI ROBECCO, Juan Manuel.

Medicina Preventiva en Chile. *Archivos de Salud Pública*, v.6, n.1, p.88-94. 1949.

PLOTKIN, Mariano; ZIMMERMANN, Eduardo.

Introducción. Saberes de Estado en la Argentina, siglos XIX y XX. In: Plotkin, Mariano; Zimmermann, Eduardo (Ed.). *Los saberes de Estado*. Buenos Aires: Edhasa. p.9-28. 2012.

POBLETE TRONCOSO, Moisés.

El derecho del trabajo. *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, año 1, n.5, p.9-14. 1942.

POZZO, Juan.

Accidentes del trabajo. Buenos Aires: Compañía Argentina de Editores. 1939.

RAMACCIOTTI, Karina.

¿Soldados del trabajo o ciudadanos? La ley de accidentes de trabajo en la Argentina. In: Suriano, Juan; Lobato, Mirta (Ed.). *La sociedad del trabajo*. Buenos Aires: Edhasa. p.293- 318. 2014.

RAMACCIOTTI, Karina.

De la culpa al seguro: la Ley de Accidentes de Trabajo, Argentina (1915-1955). *Mundos do Trabalho*, v.3, n.5, p.266-284. 2011.

RODRÍGUEZ, Germinal.

Servicio social: principios generales de asistencia social. Buenos Aires: Universitaria. 1952.

RODRÍGUEZ, Germinal.

Planificación de los servicios de Medicina preventiva. *Clínica del Trabajo*, año 6, n.19-21, p.11. ene.-mar. 1946.

ROSALES PUENTE, Eduardo.

Tribunales y normas procesales del trabajo en la República de Perú. *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, año 2, n.9, p.61-67. 1943.

SIEBEL JENSEN, Walter.

El régimen de beneficios de la Caja de Previsión de Empleados Particulares de Chile. *Boletín Informativo de Leyes de Trabajo*, año 2, n.8, p.13-17. sep. 1943.

SURIANO, Juan.

Los historiadores y el proceso de construcción del Estado social. In: Bertranou, Julián; Palacio, Juan Manuel; Serrano, Gerardo (Comp.). *En el país del no me acuerdo*. Buenos Aires: Prometeo. p.33-58. 2004.

UNSAIN, Alejandro.

Accidentes de trabajo: exposición y comentarios. Buenos Aires: Gotelli y Peralta. 1917.

YÁÑEZ, Juan Carlos.

La intervención social en Chile (1907-1932). Santiago de Chile: Ril. 2008.

ZIMMERMANN, Eduardo.

Los liberales reformistas: la cuestión social en la Argentina, 1890-1916. Buenos Aires: Sudamericana. 1995.